

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N^o

125

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul LEDRAIN

Médecin colonial de l'Université de Paris
Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE MIXTE

(Diagnostic clinique et bactériologique. — Institution du traitement)

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

851

125

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul LEDRAIN

Médecin colonial de l'Université de Paris
Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE MIXTE

(Diagnostic clinique et bactériologique. — Institution du traitement)

Président : M. JEANSELME, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & C^o, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSER : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABRÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur KIRMISSON.

M. le Docteur ROUTIER.

M. le Docteur RICHE.

M. le Professeur agrégé MACAIGNE.

M. le Docteur GUINON.

M. le Docteur HUDELO.

M. le Docteur DARRÉ.

M. le Docteur LIAN

M. le Professeur agrégé TANON.

M. le Professeur BRUMPT.

MM. les Docteurs FOUQUET, MONTLAUR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANSELME:

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHANCRE MIXTE

(Diagnostics clinique et bactériologique. — Institution du traitement)

INTRODUCTION

Depuis un demi-siècle seulement la question du chancre mixte préoccupe les syphiligraphes.

Ce n'est qu'en 1865 que Rollet, dans son *Traité des maladies vénériennes*, en donna la première étude clinique magistrale à laquelle doit se reporter tout clinicien soucieux de suivre pas à pas les modifications d'aspect, de consistance que présente l'évolution du chancre mixte. Ce grand souci de précision que l'auteur s'attache à apporter à sa description prend la valeur d'un véritable cri d'alarme. Mais celui-ci est à peine entendu et pendant longtemps cette variété d'ulcération est considérée comme une rareté. Certains livres classiques comme *Les maladies vénériennes* de Diday n'en fait même pas mention. Fournier dans son *Traité de la syphilis* écrit : « Pour mémoire seulement, je signalerai une difficulté de diagnostic des plus exceptionnelles, à savoir la coexistence possible du chancre syphilitique et du chancre simple sur un même sujet... en fait, cette coïncidence est des plus rares ».

Sous l'influence de la dernière guerre, la situation change du tout au tout. Au cours de celle-ci Gaucher à Paris, Payenneville à Rouen montrent par leurs statistiques, que le chancre mixte est une des choses les plus fréquentes. De là à dire que sous toute ulcération simple se cache la syphilis, il n'y avait qu'un pas à faire et nombre d'auteurs ont érigé en loi le traitement antisiphilitique de tout sujet porteur de chancre mou.

De deux maux, il faut bien entendu s'efforcer à n'en choisir aucun, mais s'employer avant tout à prévenir les inconvénients que pourrait présenter soit une abstention criminelle, soit un traitement préventif prolongé et onéreux. Pour cela, *il est indispensable que l'examen clinique le plus minutieux soit complété par des examens de laboratoire répétés et prolongés.* Ce sont ces derniers points sur lesquels nous allons insister dans ces quelques pages.

Tout d'abord nous décrirons l'évolution la plus habituelle du chancre mixte et ses différentes formes cliniques.

Dans les chapitres suivants, nous nous efforcerons d'en établir le diagnostic en passant succinctement en revue les caractères propres à cette ulcération, qui sont souvent pour le clinicien la source de nombreuses erreurs. Aussi insistons-nous sur le diagnostic bactériologique et sur la séro-réaction indiquant surtout le mode et l'époque les plus opportuns pour les pratiquer. Enfin, c'est seulement en nous appuyant sur ces dernières données que nous instituerons ou non le traitement antisyphilitique.

Qu'il nous soit permis avant d'aborder notre sujet d'exprimer toute notre gratitude à M. le Docteur Hudelo pour les enseignements qu'il nous a si patiemment prodigués durant le temps où nous avons eu l'honneur d'être son externe et pour les conseils qu'il nous a si obligeamment donnés en vue de mener à bien notre thèse.

Nous tenons à remercier ici M. le docteur Montlaur, chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis, qui nous a donné l'idée de notre thèse et dont les précieuses indications, surtout en matière bactériologique, nous ont été d'un grand secours pour établir le plan de notre travail.

Nous saisissons avec un vif empressement l'occasion qui nous est donnée de dire à M. le docteur Darré, médecin de l'Hôpital Necker, combien nous lui sommes reconnaissant pour l'indulgence qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de cette dernière année de nos études et que nous lui sommes redevable du meilleur de nos connaissances cliniques et thérapeutiques.

DÉFINITION

Le chancre mixte de Rollet est un produit hybride dû à l'inoculation simultanée ou successive et à deux époques rapprochées du virus de la syphilis et du virus du chancre mou, en un même point du derme ou des muqueuses.

Dans les cas les plus simples et les plus nombreux, il est produit par une seule contagion, laquelle peut être indifféremment le chancre mixte lui-même ou le chancre mou des syphilitiques.

Evolution type du chancre mixte

Etudions d'abord au point de vue clinique les différents aspects que revêtira successivement notre chancre mixte pour passer progressivement de la simple ulcération marquant l'éclosion du chancre mou à l'érosion à base indurée du chancre syphilitique.

Le plus souvent, *le chancre mixte naît sous la forme d'un chancre mou* deux à cinq jours après l'inoculation : puis vers le vingtième ou le trentième jour (délai de l'incubation du chancre syphilitique) il se modifie peu à peu, acquiert certains caractères du chancre syphilitique. Ceux-ci ne font ordinairement que progresser alors que ceux-là s'atténuent et à la période d'état le chancre mixte présentera plutôt les caractères du chancre syphilitique.

Dès le deuxième ou troisième jour après l'inoculation, autour d'une petite écorchure amenée par le frottement des surfaces dans le coït, très souvent sans qu'aucune solution de continuité de la muqueuse n'ait pu être appréciée, apparaît une rougeur inflammatoire, à laquelle succède rapidement

une vésicule purelente. Celle-ci va se rompre vingt-quatre ou trente-six heures après son apparition pour faire place à une ulcération putéiforme à bords nets et qui ne diffère de l'ulcération chancreuse à la période de progrès que par son peu d'étendue et de profondeur.

Du cinquième au quinzième jour vont s'accuser les caractères de la chancrelle. Dans les cas types, c'est une ulcération irrégulière de dimensions variables, généralement inférieures à celle d'une pièce de 1 franc, à fond sanieux, purulent et grisâtre, recouvert d'une fausse membrane, reposant sur une base habituellement molle et pâteuse et dont les bords taillés à pic sont ordinairement décollés et entourés d'un halo inflammatoire. Ainsi constituée la chancrelle présente une suppuration toujours abondante et une douleur plus ou moins vive au contact. Cette douleur devient très marquée lorsque le chancre s'étend et ses dimensions, soit en surface, soit en profondeur, mais surtout en surface, deviennent parfois considérables, même dans les cas simples non compliqués de phagédénisme. Plus ou moins tard survient une adénopathie inflammatoire, monoganglionnaire, avec péri-adénite à tendance suppurative.

Vient ensuite une période de stationnement de durée variable et c'est au cours de celle-ci que le chancre vingt jours environ après son apparition va se modifier dans son aspect.

Les bords s'affaissent, pâlissent, se recollent même ; le fond de l'ulcération élimine une fausse membrane, prend l'aspect à la fois granité et de fond musculaire, se nettoie en quelque sorte. Il semble que les bords et le fond fassent tous leurs efforts pour se mettre de même niveau. De plus, au toucher la base présente une induration nette qui ne saurait être confondue avec la rénitence inflammatoire diffuse observée souvent au cours de l'évolution du chancre mou et il est à noter que dès cette période la douleur au contact est à peu près nulle.

Complication fréquente : phimosis

Quant au *phimosis*, il représente une complication locale si fréquente du chancre mixte qu'il peut en être considéré comme une des meilleures manifestations cliniques.

Un chancre mou siégeant par exemple dans la région balano-préputiale peut être masqué au début de son évolution par un prépuce gros, enflammé, œdématié, mais la tuméfaction est molle et permet de découvrir le gland.

S'agit-il de syphilis, de mou le phimosis devient dur, scléreux et ne permet plus de découvrir le gland : il laisse échapper du pus et il n'est pas rare de voir les plis radiés préputiaux creusés d'ulcérations chancrelleuses.

En même temps que se montrent les caractères syphilitiques de l'ulcération, on voit apparaître la *pléiade caractéristique du chancre induré* : ganglions indolents, durs, mobiles, existant d'un seul ou des deux côtés. Mais il est assez fréquent que leur soit associé soit du même côté, soit du côté opposé un bubon chancrelleux. C'est ainsi que Gougerot a pu observer chez un premier malade porteur de chancre mixte l'apparition de ganglions durs, froids, syphilitiques venant entourer quatre gros bubons suppurés chancrelleux. Chez un autre, dans un des plis inguinaux, une masse où la palpation dissocie trois ganglions, deux supérieurs, froids, durs, indolents, recouverts d'une peau blanche mobile, non inflammée ; un inférieur chaud, ramolli, suppuré, recouvert d'une peau rouge adhérente, amincie, prête à s'ulcérer. Enfin il peut arriver de trouver sur un même ganglion cet aspect mixte.

Nous venons d'envisager, nous dirons même de schématiser un seul aspect clinique du chancre mixte ; mais celui-ci varie d'un cas à l'autre tant au point de vue de son aspect qu'à celui de son évolution.

Formes cliniques

I. D'après l'évolution. — 1° Tantôt le chancre mixte apparaît avec les caractères du chancre mou, qu'il peut garder pendant toute son évolution : *le chancre mou masque la syphilis*.

D'après quelques auteurs, le chancre mixte offre le plus souvent les caractères de la chancelle plutôt que ceux du chancre induré. Cette remarque un peu généralisée sans doute, ne doit pas manquer de retenir notre attention. En effet la constatation d'une ulcération à bords taillés à pic, décollés, irrégulièrement découpés, à fond sanieux, baigné de pus, celle de chancres multiples suppurants, de folliculites suppurées des cuisses, d'adénopathie inflammatoire font porter le diagnostic de chancre mou.

Rien ne conduirait à suspecter le chancre mixte si l'on ne s'imposait de rechercher toujours, sur le bord de l'ulcération, la présence d'un bourrelet induré, à épiderme non ulcéré « qui donne l'impression du chancre syphilitique envahi dans sa presque totalité par un chancre mou et dont il ne subsisterait plus qu'une couronne indurée ».

Il est à noter que cette induration tend à gagner insensiblement la base du chancre. Comme toujours la présence d'une adénopathie inguinale syphilitique complètera le diagnostic clinique.

Mais souvent on a beau observer les malades avec précision et avec suite, on a beau rechercher systématiquement à l'expiration de la période d'incubation de la syphilis l'induration de la base et le retentissement ganglionnaire, on ne parvient à trouver aucune modification : la lésion n'a pas cessé de présenter les caractères typiques du chancre simple et cependant au bout de quelques semaines, on est étonné de voir le malade porteur de roséole ou de plaques muqueuses.

Le diagnostic clinique était impossible jusqu'à l'apparition de ces symptômes de syphilis secondaire.

Ce sont ces cas qui montrent que devant le chancre mou le plus typique il faut néanmoins rechercher la syphilis.

2° Tantôt le chancre mixte a d'abord l'aspect du chancre mou, mais l'induration peut n'apparaître que pendant ou après la cicatrisation.

Il faut pour cela que la période de stationnement ait été très courte et que la réparation se soit faite rapidement. C'est ainsi qu'en une semaine le chancre mou peut évoluer vers la cicatrisation : ses bords s'aplanissent, se recollent et se mettent de niveau avec le fond de l'ulcération qui bourgeonne, après avoir éliminé sa fausse membrane ; on se trouve dès lors devant une plaie banale qui ne suppure plus, qui n'est plus douloureuse et qui ne sollicite plus un examen aussi attentif de la part du malade ni de celle du médecin, quand au même point le chancre syphilitique commence à apparaître avec ses caractères typiques. Il peut même arriver, et nous avons observé ce cas chez un de nos malades, que l'ulcération syphilitique se montre sur le versant du chancre mou en voie de parfaite cicatrisation et en reste séparé par un mince intervalle de peau saine.

3° Enfin dans d'autres cas le chancre mou a eu le temps de se cicatriser complètement avant que n'apparaisse très peu de temps après, sur son emplacement, un chancre syphilitique.

La différence des incubations explique facilement cette succession en deux temps. Le diagnostic de la syphilis est facile et c'est plutôt le chancre mou antérieur que l'on tendrait à méconnaître. Mais pour preuve du caractère mixte du chancre, on voit souvent apparaître et suppurer un bubon inguinal qui est bien chancrelleux car le pus ganglionnaire contient du bacille de Ducrey.

4° Tantôt enfin le chancre mou a passé inaperçu. Le chancre syphilitique apparaît avec tous ses caractères en même temps qu'une adénite suppurée dont la suppuration ne s'explique pas par les caractères du chancre propre et net, mais on en trouve la raison dans la constatation du bacille de Ducrey dans le pus ganglionnaire.

II. D'après le nombre. — Mais quel que soit le mode de contagion, simultané ou successif, il n'est pas rare et c'est là un des signes cliniques les plus importants du chancre

mou, de rencontrer plusieurs ulcérations des parties génitales et de toute autre partie du corps.

A ce sujet *deux éventualités sont à envisager*. Ou bien le malade présentera plusieurs ulcérations dont les unes ressortissent à la syphilis, les autres à la chancrelle ou bien on constatera plusieurs ulcérations avec ou sans bubon suppuré et où existe l'association Ducrey-Tréponèmes.

Nous saisissons l'occasion de faire remarquer que la *multiplicité du chancre est loin d'exclure l'origine syphilitique* car il arrive fréquemment, une fois sur cinq, que sur des parties préalablement infectées, par des piqures de parasites par exemple, se développent plusieurs chancres syphilitiques.

III. D'après le contagé. — Le tableau clinique se trouve également modifié et quelquefois bouleversé lorsque le chancre mixte est produit par *deux contagions successives*.

Un individu à la suite d'une première contagion contracte un chancre simple, ou bien un chancre induré. A la suite d'un nouveau contact peut survenir chez ce malade une nouvelle contagion différente de la première :

1° C'est ainsi que le chancre mou peut s'inoculer pendant la période d'incubation du chancre syphilitique, ce qui rend possible l'éclosion simultanée des deux chancres ;

2° Ou bien l'accident primitif évoluait lorsque le malade a contracté la chancrelle, ce qui est fréquent étant donné que le coït n'est pas douloureux dans le cas envisagé ;

3° Ou bien enfin la syphilis s'inocule, sur un ou plusieurs chancres mous préexistants et les signes de syphilisation apparaissent d'autant plus tardivement que la deuxième contagion est plus éloignée de la première. Ce dernier cas est beaucoup moins fréquent que le précédent, étant donné que l'individu éprouvera de la douleur à pratiquer le coït.

Diagnostic clinique

D'après ce que nous venons de voir, les signes qui permettent de soupçonner la syphilis masquée par un chancre mou seront : *Induration et bourrelet induré ; Phimosis, adénopathie* caractéristique.

Cependant s'ils semblent traduire d'une façon si nette les caractères mixtes de notre chancre, ces symptômes peuvent être cliniquement la source de nombreuses erreurs.

I. *L'induration* est un signe inconstant, non caractéristique car il manque, comme nous l'avons vu dans certains chancres mixtes. D'autre part il peut exister dans le chancre mou simple en diverses circonstances. C'est ainsi qu'à la suite *d'irritations mécaniques, de frottements, de cautérisations médicamenteuses* (calomel, iodoforme, teinture d'iode, bismuth, etc...), le chancre mou présente une base indurée, caractéristique et l'on sait combien d'ulcérations de ce genre peuvent en imposer pour un chancre induré.

De plus, il est bon d'être mis en garde contre les formes *papuleuses et noduleuses du chancre mou* étudiées par Ferrand. Ces deux variétés siègent habituellement dans la région balano-préputiale et ont toutes les apparences du chancre induré.

Le chancre primitivement ulcéreux bourgeonne et atteint la hauteur des bords pour constituer vers la troisième ou quatrième semaine un plateau nummulaire ou discoïde en saillie de forme irrégulière, de couleur jaune bistre, sans bords apparents, avec une base qui peut être ferme. C'est la forme papuleuse.

La confusion devient à peu près inévitable lorsque, par suite de sa tendance spontanée à la cicatrisation, l'ulcération chancreuse n'est plus évidente et conserve seulement une consistance nodulaire qui la fait considérer et traiter comme un chancre syphilitique.

Il peut arriver encore que l'induration conserve quelques traits de la physionomie des chancres et que la dureté et la limitation de la base soient alors interprétées comme une preuve de syphilisation secondaire.

II. Quant au *bourrelet induré*, il encercle l'ulcération sur la totalité ou sur une partie de son pourtour. S'il est étroit, il se réduit à un anneau encerclant tout ou partie du chancre; s'il est large, le chancre a deux parties, l'une ordinairement exulcérée, saillante, d'aspect syphilitique; l'autre ulcérée suppurante, d'aspect chancereux. Il semble que l'on soit en présence de deux chancres de nature différente accolés l'un à l'autre et

l'erreur de diagnostic consistera à attribuer à l'ensemble les caractères d'une des deux parties.

III. Etant donné la fréquence du *phimosis* au cours du chancre mixte, la forme simple, inflammatoire peut faire suspecter la syphilis où elle n'existe pas et inversement le phimosis dur, scléreux, mais donnant issue à du pus et creusé d'ulcérations chancrelleuses dans les plis préputiaux peut être rapporté uniquement au chancre mou et laisser la syphilis ignorée. Ce sont de tels faits qui nuisent à ce précepte énoncé par certains auteurs : l'œil plus souvent et plus sûrement que le doigt doit conduire à faire le diagnostic.

IV. Nous avons dit que dans nombre de cas l'étude de l'adénopathie fournit un des meilleurs éléments de diagnostic clinique et il est toujours indispensable d'insister sur les étapes de la généralisation de l'adénopathie syphilitique, inguinale d'abord, puis cervicale, puis épitrochléenne, cette généralisation s'associant à l'adénopathie régionale chancrelleuse quand la lésion est mixte.

Cependant il n'est pas toujours simple d'affirmer cette adénopathie mixte dans la région inguinale, lorsqu'une même pléiade ou même un seul ganglion présentent les deux caractères chancrelleux et syphilitique.

De plus il est de règle de rencontrer chez les habitants des villes et en particulier chez les individus de tempérament scrofuleux des ganglions durs, mobiles, indolents qui ressemblent aux ganglions syphilitiques. La même remarque peut être faite chez les jeunes soldats où cette polyadénite latente est entretenue par des excoriations répétées. Le mélange de ces ganglions par exemple à ceux du chancre mou pourrait faire croire à l'adénopathie mixte du chancre mixte.

Ainsi en s'appuyant sur les seules données cliniques, aussi tranchées que puissent paraître leurs caractères, on ne peut poser d'une manière irréfutable le diagnostic. A plus forte raison hésitera-t-on à le faire lorsque les modifications cliniques ne se manifesteront que très incomplètement.

« Si les accidents étaient toujours précédés de modification dans l'aspect du chancre, disent Thibierge et Legrain, si celui-ci, après avoir offert le type classique du chancre simple,

avec ses bords décollés et sa base souple venait à l'expiration de la période d'incubation de la syphilis, à s'indurer, à se transformer en un chancre huntérien plus ou moins net, le diagnostic du chancre mixte ne présenterait que peu de difficultés. »

Et ces auteurs montrent que même en observant avec précaution et avec suite les malades, en recherchant systématiquement l'induration de la base et le retentissement ganglionnaire, on ne parvient à trouver aucune modification. Les accidents secondaires éclosent inopinément au bout de quelques semaines et le malade a perdu le bénéfice qu'il eût retiré d'un traitement précoce.

Donc pour diagnostiquer de façon certaine et soigner efficacement les chancres, il faut en connaître dans le plus bref délai l'agent pathogène, et seul un examen bactériologique direct des ulcérations peut fournir immédiatement cette donnée fondamentale.

Mais avant d'entreprendre le diagnostic bactériologique, il est indispensable de faire remarquer que celui-ci peut être gêné par tout traitement général ou local. Par conséquent, tant que l'examen bactériologique n'a pas été fait, ne jamais traiter une ulcération génitale autrement que par des soins de propreté (pansements humides décongestionnant aux compresses d'eau bouillie par exemple) et cet examen devra être fait dans le plus bref délai.

Enfin, des prélèvements multiples doivent être faits au niveau de toutes les lésions suspectes malgré leur aspect clinique identique. Il ne faut pas s'exposer, en effet, en cas de chancres multiples, à laisser en dehors de cet examen celui des chancres qui sera précisément le mixte, les autres n'étant que de simples chancres.

EXAMENS DE LABORATOIRE

Nombreuses sont les méthodes qui nous permettront de différencier l'agent pathogène d'un chancre. Aussi insistons-nous uniquement sur celles qui peuvent présenter un intérêt pratique immédiat, telles que l'auto-inoculation du chancre mou, la recherche du Bacille de Ducrey et du Tréponème dans le suc chancereux et dans les ganglions lymphatiques, enfin la réaction de Bordet-Wassermann.

Avant de nous livrer à cette série de recherches, nous allons rapidement passer en revue les caractères morphologiques et culturels, les affinités tinctoriales et les inoculations expérimentales des deux agents pathogènes.

I. — Bacille de Ducrey

1) **Morphologie et coloration.** — La nature du chancre mou a été mise en évidence, d'une façon précise, par Ducrey qui, en 1889, en a décrit l'agent pathogène, étudié ensuite sur coupe par Unna et dont la spécificité a été définitivement établie par Nicolle en 1893.

Il se trouve dans le pus qui recouvre la surface du chancre ou dans celui du bubon satellite. C'est un bacille de très petite taille, court (1,5 à 2 μ de long sur 0,5 μ de large), arrondi à ses deux extrémités et qui présente le caractère essentiel d'être coloré en navette, c'est-à-dire que son centre reste incolore et paraît vide, tandis que son pourtour prend le colorant surtout aux extrémités qui semblent coiffées de deux petites calottes violettes. On peut, il est vrai, colorer le bacille dans toute son étendue comme il l'est dans les coupes en le lais-

sant par exemple en contact très prolongé avec la matière colorante.

Qu'il soit libre ou englobé par les leucocytes, il se rencontre sous *trois états* tous également caractéristiques, *isolé*, en *amas* ou en *chainettes*. La disposition en amas ne serait, pour certains auteurs, qu'un artifice de préparation. Quant aux chainettes, on en rencontre formées de deux éléments dans le pus chancrelleux ; de douze à quinze éléments dans les cultures.

Il se colore électivement par les *couleurs d'aniline* et ne prend pas le Gram. Deux méthodes de coloration semblent donner aujourd'hui les résultats les plus précis : ce sont celle de Pick et Jacobson d'une part, celle de Tribondeau d'autre part. Nous en donnerons plus loin la technique.

Ce microorganisme est très petit et se colore très faiblement. ce qui rend sa recherche très laborieuse sur frottis et sur coupe. Il ne faudrait pas prendre de vulgaires diplocoques pour des Bacilles en navette. Certains diplocoques formés de deux éléments en grains de café séparés par un intervalle clair, peuvent en effet simuler des Bacilles en navette ; mais 1° dans le diplocoque les grains constitutants sont plus gros que les calottes polaires du Bacille en navette ; 2° ensuite, et surtout, l'intervalle qui sépare les grains du diplocoque est fissuraire (il atteint à peine la moitié de l'épaisseur d'un grain), tandis que l'intervalle clair placé entre les calottes du Bacille est relativement considérable ; 3° enfin, l'intervalle clair n'est pas nettement limité latéralement dans le diplocoque, alors que dans le Bacille une ligne violette très ténue réunit de part et d'autre du corps bacillaire les deux calottes polaires.

Le groupement des Bacilles en navette bout à bout par deux ou en chainettes et la situation intracellulaire de certains d'eux sont encore des caractères en faveur du Bacille de Ducrey.

2) Culture. — On ne peut cultiver sur les milieux usuels le Bacille du chancre mou. Mais en 1901, tandis que Lenglet en réussissait des cultures sur peau humaine peptonisée, Bezançon Griffon et Le Sourd montraient qu'on peut l'ense

mencer avec succès sur du sang gélosé. On obtient ainsi des colonies arrondies, brillantes, du volume d'une tête d'épingle. Il faut naturellement opérer aussi aseptiquement que possible ; on badigeonnera par exemple le chancre à la teinture d'iode pour supprimer l'infection superficielle, on appliquera un pansement aseptique et le lendemain onensemencera largement.

A vrai dire cette culture est trop délicate pour entrer dans la pratique courante et ses résultats sont trop aléatoires : souvent les microbes d'infection secondaire poussent seuls alors que le bacille de Ducrey ne fournit pas de colonies.

Cependant les constatations négatives sur lames, l'insuccès de l'auto-inoculation peuvent faire de la culture un précieux auxiliaire. On sait en effet la rareté du parasite dans le suc chancreux et dans le pus ganglionnaire et il peut arriver que la goutte étalée en frottis ou inoculée ne contienne pas de germe vivant alors qu'un ensemencement large sur sang gélosé permette de déceler souvent la présence du bacille. Il se présente en chaînettes de douze à quinze éléments, d'où son nom de streptobacille. Les chaînettes de streptocoques s'en différencient en ce qu'elles prennent le Gram.

3° *Inoculation.* — L'inoculation se pratique dans un but diagnostique soit chez l'animal, soit plus communément chez le porteur du chancre

On a reproduit chez l'animal des chancres expérimentaux typiques. Notamment les travaux de Thibierge, Ravaut et Le Sourd en 1903, après ceux de Nicolle, montrèrent que le lieu d'élection pour l'inoculation était le bord libre de la paupière du macaque. C'est à peu près le seul animal chez lequel on puisse reproduire le chancre mou : celui-ci ne présente ordinairement pas de suppuration, ni de grandes pertes de substance, ni d'adénopathie, et les bacilles ne s'y rencontrent que dans les régions superficielles, ne se montrant ni dans le derme, ni dans le tissu conjonctif sous-jacent.

On peut dire que l'inoculation est un procédé de diagnostic, car le chancre ainsi produit est tout différent de l'accident syphilitique primitif transmis au singe et qui ne se

développe chez lui qu'au bout de vingt-trois jours environ. Elle a la même valeur que l'auto-inoculation.

L'auto-inoculation est une méthode qui ne présente aucun danger, aucun frais, dont la technique est simple, les résultats rapides et indiscutables.

Il suffit de prendre du pus à la surface de l'ulcération suspecte préalablement nettoyée et de l'inoculer au bras ou à la cuisse, entre derme et épiderme. On applique sur cette région un verre de montre que l'on fixe au moyen d'une bande de diachylon. Une fenêtre est pratiquée sur cette bande en regard de la région inoculée afin de surveiller le développement de la pustule.

Le premier jour la piqure reste inactive, du moins en apparence ; mais dès le lendemain, et au plus tard le surlendemain, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, une inflammation se manifeste au point piqué : la peau rougit, un liquide séro-purulent soulève l'épiderme ; bref il se forme une vésicule bien visible à l'œil et surtout très distincte à la loupe.

Le troisième jour, la sérosité purulente accumulée sous l'épiderme est devenue du pus mieux formé ; la base de cette vésicule s'est enflammée ; on a affaire à une véritable pustule.

Le quatrième et le cinquième jour, la pustule prend un plus grand développement et, soit par l'extension de l'ampoule purulente, soit par l'inflammation et le gonflement de la partie adjacente de la peau, elle acquiert les proportions d'une grosse pustule ecchymateuse.

En pratique, du deuxième au troisième jour, après avoir rompu mécaniquement la pustule, après l'avoir essuyée minutieusement, on peut constater, en s'aidant de la loupe, la petite ulcération putéiforme caractéristique de la chancrelle.

Il n'y a pas de pustules d'autre nature qui aient cette marche régulière et progressive. Les fausses pustules, celles qu'on obtient avec du pus non chancreux, ont un développement moins rapide, moins grand et surtout elles n'ont pas pour fond une ulcération chancreuse. De plus, la pustule

d'inoculation est elle-même réinoculable dès le premier jour de son apparition.

Il est inutile que cette ulcération prenne un trop grand développement et, dès que le diagnostic sera ainsi posé, il faut se hâter de la cautériser avec le thermocautère.

Dans certains cas où la recherche du bacille de Ducrey est rendue impossible par l'application sur l'ulcération d'iodoforme, de bismuth, de calomel, etc..., l'inoculation du pus chancrelleux acquiert une très grande valeur et notre maître le Dr Hudelo nous a appris à appliquer cette méthode qui est utilisée d'une façon constante dans son service.

4^e **Séro-réaction.** — Enfin, s'inspirant des expériences de Bordet-Gengou sur la recherche des sensibilisatrices, basées sur la méthode de déviation du complément, Gallia en 1907 au laboratoire de parasitologie de l'Université de Turin a cherché si dans le sang d'individus atteints de chancre mou, on pouvait déceler la présence d'anticorps spécifiques vis-à-vis de la sécrétion du chancre même ou vis-à-vis du bacille de Ducrey.

De ces expériences, qui paraissent ne pas avoir eu de suite, il semble cependant ressortir que les sensibilisatrices sont bien spécifiques car l'on n'obtient pas la déviation du complément quand on emploie le sérum de sang d'individus syphilitiques ou lorsque le sérum d'individus atteints de chancre mou est mis en rapport avec la sécrétion de ganglions lymphatiques de syphilitiques.

Grâce à la rapidité des autres méthodes de laboratoire et de l'auto-inoculation en particulier, cette réaction sérologique, même mise au point, ne présenterait jamais, au point de vue pratique, qu'un intérêt tout à fait secondaire.

II. — *Treponema pallidum*

1^o **Morphologie et coloration.** — L'agent pathogène de la syphilis est un parasite du groupe des flagellés découvert par Schandinn et Hoffmann en 1903 et désigné successivement sous le nom de *Spirochæta pallida*, puis sous celui

de *Treponema pallidum*. C'est le plus mince des spirilles connus. Il a la forme d'un filament extrêmement fin, effilé à ses deux extrémités et contourné en spirale à la façon d'un tire-bouchon. Sa longueur qui varie entre 5 et 20 μ est en moyenne égale ou un peu supérieure à celle d'un globule rouge. Sa largeur est minime. Sa minceur est telle qu'on ne saurait l'évaluer par un chiffre. La spirale comprend 8 à 10 spires au minimum, jusqu'à 25 ou 30 au maximum. Dans la partie moyenne du corps, les tours de spires sont réguliers, parallèles et profonds; vers les extrémités, les spires se relâchent, se transforment en ondulations, puis finalement en ligne droite à extrémité effilée, quelquefois fourchue; parfois une des extrémités se termine par une boucle. Autre caractère important: ils sont permanents, ne s'effacent jamais. Enfin le corps est filiforme, donc arrondi et non rubanné.

Ce microorganisme se colore difficilement, en raison surtout de sa ténuité extrême. Pour le mettre en évidence il faut employer des techniques spéciales. Si l'on cherche à l'imprégner par certains colorants intensifs, il n'apparaît qu'avec une pâleur caractéristique qui le différencie d'autres spirilles et que Schaudinn et Hoffmann ont justement retenu dans sa dénomination.

Il ne prend pas le Gram. Il a la propriété d'être imprégné par les sels d'argent, propriété que l'on met en pratique dans les colorations sur frottis et les études sur coupe.

L'identification des spirochètes de la syphilis demande une certaine expérience, mais qui s'acquiert très vite. Les spirochètes ont tous en effet même air de famille, et on peut en trouver diverses variétés dans les ulcérations génitales. Toutefois le spirochète de la syphilis se distingue d'avec eux par son allure élégante, tandis que les autres spirochètes sont plus grossiers, plus épais et comparables à des vers de terre.

Il existe en effet chez l'homme plusieurs variétés de spirilles, saprophytes ou pathogènes, habitant le pourtour ou l'intérieur de cavités naturelles, et qu'il faut savoir distinguer du *Treponema pallidum*.

Les *spirochètes saprophytes du méat* de l'homme présentent des spires plus irrégulières, plus lâches et moins nombreuses.

Le spirochæta refringens est souvent associé au *treponema pallidum*. On le rencontre en outre dans nombre de lésions génitales superficielles. Les tours de spires sont moins serrés, moins réguliers et surtout il existe une membrane ondulante. Il est plus épais, plus mobile.

Le spirochæta balanitidis est très voisin du précédent bien qu'un peu moins large et présente des spires plus régulières et plus anguleuses.

Le spirochæta Vincenti, toujours associé au bacille fusiforme, produit l'angine de Vincent et aussi la balano-posthite érosive de Berdal et Bataille (Queyrat). Plus volumineux que le tréponème, ses tours de spires sont beaucoup plus lâches.

Le spirochæta dentium est celui qui ressemble le plus au tréponème. Il habite surtout le tartre dentaire. Il est un peu plus court, plus mince ; ses tours de spires sont moins nombreux, plus serrés.

Le spirochæta plicatilis, très épais, présente des ondulations très lâches et une membrane ondulante.

Le spirochæta du cancer ulcéré possède également une membrane ondulante ; ses extrémités sont émoussées et comme tronquées.

Exceptionnellement la question peut se poser de différencier le tréponème du *treponema pallidulum* ou *pertenue* du Pian ; du spirochète de Inada et Ido, agent de la spirochètose ictéro-hémorragique.

La discrimination de ces trois organismes est presque impossible et le diagnostic doit se baser sur les caractères cliniques de ces trois maladies. Ajoutons que le spirochète de Inada et Ido ne se trouve chez l'homme que dans l'urine où l'on peut le déceler après une forte centrifugation dans des conditions où le diagnostic de syphilis ne se pose ordinairement pas.

Avant d'aborder l'examen bactériologique du chancre induré, nous indiquerons rapidement les résultats que peuvent nous donner la culture et l'inoculation. Etant donné l'importance de sa séro-réaction, nous l'étudierons dans un chapitre spécial.

2° **Culture.** — La culture du tréponème est encore, à

l'heure présente, entourée de trop de difficultés techniques pour être utilisée comme moyen de diagnostic pratique. Plusieurs procédés ont cependant été mis en œuvre à cet effet dont nous ne retiendrons que les principaux. Celui des sacs de collodion ensemencés avec des tréponèmes vivants dans la cavité péritonéale du singe ; celui de Chereschewsky sur sérum de cheval où les cultures commencent à apparaître au troisième jour d'étuve. Mais les microbes obtenus sont dépourvus de virulence et ne peuvent être réinoculés avec succès. D'ailleurs un certain nombre de tréponèmes autres, *treponema dentium*, *pallidulum*, etc., ressemblent de façon complète en culture au *treponema pallidum* et il faudra, la culture obtenue, recourir à l'inoculation dans le testicule du lapin pour les en distinguer. La culture ne ferait donc que compliquer inutilement le problème.

Ajoutons cependant qu'au cours de nombreux essais Noguchi aurait réussi à faire pousser sur gélose ascite avec fragments de tissu, des cultures pures et virulentes et que Hoffmann aurait obtenu les mêmes résultats sur sérum de cheval agar. Mais l'inconstance de ces résultats nous empêche de considérer ces méthodes comme un procédé courant de diagnostic.

3° Inoculation. — Depuis que Metchnikoff et Roux, puis de nombreux auteurs ultérieurement ont montré l'inoculabilité de la syphilis aux singes inférieurs et même à d'autres animaux, lapin, chien, etc..., on s'est demandé si l'on ne pourrait pas appliquer cette transmission expérimentale au diagnostic de la syphilis.

En réalité, les résultats auxquels on est arrivé dans cette direction : production d'un chancre expérimental à la paupière du singe, production d'une kératite ou d'une orchite syphilitiques chez le lapin montrent que ce ne peut être là qu'une méthode de diagnostic exceptionnelle.

En effet il est difficile et onéreux de recourir à l'inoculation sur les singes et il faut attendre trop longtemps les résultats (vingt à trente jours d'incubation).

Auto-inoculation. — Il est certains cas exceptionnels sur lesquels a particulièrement insisté Gaucher où le chancre

syphilitique peut s'inoculer sur le même sujet pendant son incubation ou pendant les dix au douze premiers jours de son évolution. La lésion d'inoculation apparaît alors sous forme de papule après quinze à vingt jours d'incubation.

On se souvient que l'auto-inoculation du chancre mou se manifeste par une vésico-pustule apparaissant au bout de vingt-cinq à quarante-huit heures d'incubation.

3^e Inoculation du chancre mixte. — On obtiendrait, et des observations de Thibierge et Ravaut en font foi, des résultats concordant avec les précédents en pratiquant l'inoculation ou l'auto-inoculation du chancre mixte. Ces auteurs après avoir inoculé deux singes avec le produit de râclage d'une même ulcération de la vulve offrant tous les caractères du chancre syphilitique, constatèrent dès le deuxième jour au point d'inoculation et chez les deux animaux l'apparition d'une lésion ulcéreuse d'aspect chancrilleux, contenant des bacilles de Ducrey et évoluant dans l'espace de huit à neuf jours. Celle-ci étaient cicatrisées depuis longtemps lorsque trente jours après l'inoculation apparurent également chez les deux singes en trois des quatre points inoculés une lésion papuleuse ayant tous les caractères cliniques et bactériologiques du chancre syphilitique.

III. — Prélèvement du suc chancereux pour la recherche du bacille de Ducrey et du tréponème

En principe il ne faut jamais rechercher les agents pathogènes dans le pus qui recouvre l'ulcération, mais bien dans l'épaisseur même de la paroi du chancre. C'est qu'en effet ils sont plus abondants et plus purs dans le suc chancereux que dans le pus de surface. D'où l'indication essentielle de nettoyer et de scarifier le chancre en vue du prélèvement.

On nettoie le chancre avec des tampons de coton d'abord imbibés d'eau, puis secs. On le scarifie ensuite avec un bistouri, ou bien un vaccinostyle. Pour cela, rechercher d'abord les parties les plus suspectes au point de vue de la syphilis tant par leur apparence que par leur induration sous-jacente ; s'il existe plusieurs chancres ayant des caractères différents,

prélever du sac de chacun. Avec la pointe de l'instrument, pratiquer à l'endroit choisi, sur les confins de l'ulcération (en pleine zone d'accroissement de la lésion), quelques petites scarifications parallèles entre elles et courtes (2 ou 3 millimètres) en faisant saigner le moins possible. Au bout de quelques instants il sort un peu de sérosité. L'essuyer et prélever une goutte de la nouvelle sérosité avec le tranchant de l'instrument qui a servi à l'opération ou mieux à l'aide d'une pipette; déposer cette goutte sur une lame, l'étaler en couche assez mince en ayant soin d'écraser les parcelles de tissu qu'elle contient. Laisser sécher. On peut hâter la dessiccation du frottis par agitation de la lame, mais se bien garder de le chauffer ou de le fixer par quelque moyen que ce soit parce qu'on ne pourrait plus se débarrasser dans la suite de l'hémoglobine qu'il contient.

Cette technique doit être légèrement modifiée selon que l'on fait un prélèvement de Ducrey ou un prélèvement de tréponème pour l'examen ultra-microscopique.

Dans le premier cas, le bacille chancrelleux doit être recherché par grattage ou scarification légère sous les bords décollés de la chancrelle.

Dans le second cas, on gratte les bords du chancre, sans faire saigner autant que possible, avec une curette ou un vaccinostyle, car il ne faut pas oublier que l'examen se faisant à l'état frais, la préparation ne peut subir de déshémoglobinisation. Une goutte de sérosité pure, non mélangé de sang, est donc disposée à l'aide de la curette ou d'une pipette sur une lame, on recouvre d'une lamelle et on écrase la goutte sans produire de bulle d'air. Lame et lamelle doivent avoir été soigneusement dégraissées, lavées et séchées.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt qu'il y a à faire un assez grand nombre de préparations afin de parer aux accidents et de pouvoir examiner les bacilles et les spirilles sur plusieurs lames.

A) Recherches des bacilles de Ducrey

a) Le meilleur procédé pour les mettre en évidence consiste à les colorer par le *bleu polychrome à l'ammoniaque*.

Ce réactif est un mélange de violet de méthylène et d'azur de méthylène obtenus en faisant agir l'ammoniaque sur le bleu de méthylène.

La technique de la coloration est la suivante :

PREMIER TEMPS : *fixation*. — Arroser la préparation de suc chancreux avec de l'alcool à 95° en tenant la lame penchée. Sécher en mettant le feu à ce qui reste d'alcool sur la lame, et en éteignant presque aussitôt la flamme (en soufflant sur la lame de son talon vers son extrémité libre); on réalise du même coup par cette manœuvre un chauffage modéré qui complète la fixation.

DEUXIÈME TEMPS : *coloration*. — Recouvrir de bleu polychrome à l'ammoniaque. Laisser agir environ une minute.

TROISIÈME TEMPS : *lavage et séchage*. — Laver rapidement à l'eau distillée. Sécher en épongeant sous papier filtre, ou bien passer à deux ou trois reprises rapides la lame toute mouillée sur la flamme du Bunsen, et souffler aussitôt fortement de son talon vers son extrémité libre.

Telle est la méthode préconisée par Tribondeau.

b) On peut également employer le *mélange de Pick et Jacobson* qui permet peut-être mieux de reconnaître le bacille soit phagocyté par les polynucléaires, soit disposé en file indienne. Ce colorant, utilisé également dans la thérapeutique du chancre, présente la composition suivante :

Eau distillée	:	20 cmc.
Fuchsine de Ziehl	:	X gouttes
Bleu de méthylène en solution aqueuse à 1 0/0 . .	VIII	—

La technique de coloration ne présente rien de particulier.

Il est difficile de voir le bacille de Ducrey quand on n'examine pas la préparation à un très fort grossissement et si la recherche de ce bacille ne donne pas plus souvent des indications positives, c'est certainement parce qu'en général elle n'est pas faite à un grossissement suffisant.

B) Recherche des tréponèmes

La meilleure façon de rechercher et d'étudier le tréponème est de l'examiner à l'ultra-microscope ou après coloration par

le procédé de Fontana-Tribondeau. L'examen porte également sur le suc chancreux, plus rarement sur le suc ganglionnaire.

a) *Examen à l'ultra-microscope.* — L'examen à l'état frais de la rosée séreuse entre lame et lamelle se fait au moyen de l'ultra-microscope. On sait que dans un appareil ultra-microscopique, l'éclairage des particules se fait latéralement; aussi le fond de la préparation demeure-t-il obscur tandis que ses éléments figurés apparaissent comme des corps lumineux et brillants. En raison de sa minceur extrême, le spirille est peu réfringent et moins lumineux que les autres parties éclairées de la préparation; il est cependant facilement visible. Il se meut au milieu de corps également brillants, moins mobiles, qui sont pour la plupart des globules sanguins. On constate alors qu'il est animé de trois sortes de mouvements combinés: un mouvement en pas de vis autour de l'axe longitudinal, mouvement qui les fait avancer ou reculer. On pourrait dire qu'ils se vissent ou se dévissent dans le milieu ambiant. Le deuxième mouvement est un mouvement de latéralité, surtout visible quand le tréponème heurte un obstacle par une de ses extrémités: tandis que le point de contact reste fixe, le corps microbien est animé de mouvements pendulaires. Le troisième mouvement est un mouvement ondulatoire qui se propage d'une extrémité à l'autre, dans le corps même, sans qu'il y ait cependant de membrane ondulante. Ces mouvements, dans les préparations conservées à l'abri de la dessiccation, peuvent persister pendant deux jours.

Il est facile de se rendre compte que les spires sont des éléments préformés, car elles persistent lorsque le corps est au repos et apparaissent avec les mêmes caractères que sur frottis colorés.

Il peut arriver cependant que le tréponème ne donne pas toujours cette forme spiralée et continue et l'on a pu le voir se présenter comme une ligne en zig-zags ou comme une série de points brillants.

Mais si l'on veut étudier avec précision la morphologie et les dimensions du parasite, il est indispensable de l'examiner

après coloration. Le procédé le plus simple et le plus rapide consiste à imprégner les spirochètes à l'argent par le :

b) *Procédé de Fontana-Tribondeau*. — Les réactifs nécessaires sont :

1° Une solution de formol acétique ou liquide de Ruge composé de :

Acide acétique pur.	1 cmc.
Formol à 40 0/0 dit du commerce.	2 cmc.
Eau distillée.	100 cmc.

2° Une solution mordançante :

Tannin à l'alcool ou à l'éther.	1 gr.
Eau distillée.	20 cmc.
Camphre en fragment.	Quelques fragments (pour éviter les moisissures).

3° Du nitrate d'argent ammoniacal en solution de Fontana.

Nitrate d'argent cristallisé.	1 gr.
Eau distillée.	20 cmc.

Ajouter de l'ammoniaque goutte à goutte jusqu'à redissolution du précipité.

La technique de la nitratisation est la suivante :

PREMIER TEMPS : *déshémoglobinisation*. — Arroser les préparations avec du liquide de Ruge que l'on renouvelle plusieurs fois jusqu'à ce qu'il s'écoule incolore (insister assez pour que le frottis soit bien blanc, car l'hémoglobine accaparerait l'argent, masquerait les spirochètes et gênerait leur coloration). Egoutter en secouant, laver à l'alcool à 95 degrés, égoutter à nouveau et enflammer rapidement pour terminer la fixation.

DEUXIÈME TEMPS : *mordantage*. — Recouvrir d'une épaisse couche de solution mordançante, puis, promener la préparation sur la veilleuse d'un bec Bunsen ou mieux au-dessus du brûleur de Montlaur adapté à un haricot en verre jusqu'à dégagement abondant de vapeurs, mais sans faire bouillir, et en évitant que le liquide laisse des parties à découvert. Retirer alors la préparation de la flamme, et ne rejeter la solution mordançante que trente secondes après. Renouveler trois à quatre fois la même manœuvre.

TROISIÈME TEMPS : *lavage*. — Bien laver à l'eau ordinaire sous mince jet de robinet (30 secondes). Rincer rapidement à l'eau distillée. Egoutter en secouant; inutile de sécher.

QUATRIÈME TEMPS : *imprégnation par l'argent*. — Il y a intérêt à faire cette imprégnation d'abord à froid, puis à chaud.

Recouvrir d'une bonne couche de Fontana. Laisser agir quelques instants à froid, jusqu'à ce que la coloration soit bien amorcée (teinte marron clair). Rejeter le liquide de Fontana; le renouveler; chauffer comme il a été dit au deuxième temps, mais retirer de la flamme dès les premières vapeurs. Laisser agir ensuite pendant quinze secondes (le frottis doit avoir à ce moment une bonne teinte marron à reflets métalliques). Rejeter le Fontana.

CINQUIÈME TEMPS : *dernier lavage et séchage*. — Laver à l'eau bouillie distillée pendant quelques secondes (éviter l'eau ordinaire qui fait pâlir la teinte). Sécher en épongeant sous papier-filtre, ou bien passer à deux ou trois reprises rapides la lame toute mouillée sur la flamme du Bunsen, et souffler aussitôt fortement du talon vers son extrémité libre.

Examiner la préparation à l'immersion (objectif 1/12 ou 1/15; oculaire faible n° 1 par exemple; condensateur Abbe; miroir plan; lumière du jour). Les spirochètes colorés en brun jaunâtre ou noirâtre, sont d'une netteté parfaite.

L'examen terminé, enlever avec du xylol l'huile de cèdre qui recouvre la préparation, car les spirochètes seraient décolorés par l'huile.

Chacune de ces deux méthodes, examen à l'ultra-microscope et examen sur frottis colorés présente ses avantages et ses inconvénients.

Pour ce qui est de la première, elle permet à quelqu'un d'exercé de faire un diagnostic rapide, en quelques secondes, avantage énorme pour un examen qui doit être quotidien. De plus elle montre les mouvements des spirilles, ce qui en facilite la recherche et, dans certains cas, l'identification.

Mais la technique reste compliquée et délicate. Elle demande un long apprentissage suivi d'un entraînement régulier. C'est donc une technique de spécialiste. Autre inconvénient : on doit appliquer cette méthode extemporanément; il est impos-

sible d'envoyer à un laboratoire même à courte distance de la sérosité à examiner. Quand il y a doute sur l'identité du spirille, il est difficile de l'examiner longtemps et tranquillement, car, grâce à ses mouvements, il ne tarde pas échapper à l'œil de l'observateur.

Au contraire, le principal avantage de l'examen sur frottis colorés est de faire des préparations qui peuvent ensuite voyager. Tribondeau a pu aussi colorer des tréponèmes plusieurs mois après leur prélèvement. Cette méthode est donc la seule que puissent employer des médecins non outillés pour faire leurs examens eux-mêmes. Il leur suffit de faire le prélèvement et l'étalement sur lame et d'envoyer la préparation au laboratoire de leur choix.

La recherche du tréponème sur frottis est quelquefois laborieuse. Il faut souvent examiner plusieurs lames. Mais lorsqu'on a repéré un ou plusieurs spirilles, on peut étudier à loisir leur morphologie et arriver à leur identification dans la plupart des cas, bien qu'on ne voit que des organismes fixés et par conséquent immobiles.

C) Interprétation des résultats obtenus

La découverte de spirochètes de la syphilis dans un chancre permet d'affirmer sa nature syphilitique. Celle de bacilles de Ducrey donne la certitude d'une chancrelle. Positives toutes les deux, chancre mixte.

Quant aux résultats négatifs, ils n'infirmement l'hypothèse de chancre mou, et plus encore de chancre syphilitique, que si le prélèvement a été pratiqué dans de bonnes conditions, c'est à-dire sur une ulcération non traitée, d'apparition assez récente, convenablement nettoyée et scarifiée pour extraire le suc.

Dans le cas de recherches infructueuses de spirochètes dans le suc d'un chancre supposé mixte, il y a lieu de faire un examen quotidien pendant plusieurs jours de suite, quelquefois même jusqu'à l'apparition d'une séro-réaction positive qui doit toujours être faite concurremment avec les recherches locales.

Enfin, lorsque pour diverses causes, les recherches de Ducrey et de tréponème dans le suc chancreux restent infructueuses, il peut être indiqué de les effectuer dans le suc ganglionnaire.

IV. — Recherche des parasites dans les ganglions lymphatiques

Il est aisé de se rendre compte de l'importance de cette méthode si l'on se trouve devant un *chancre déjà traité par un désinfectant ou compliqué de phimosis*, et dont le prélèvement du suc chancreux est rendu de ce fait à peu près inutile ou impossible.

La découverte du bacille de Ducrey dans un bubon établit souvent la *preuve du caractère mixte d'un chancre*.

Il arrive en effet qu'une ulcération chancrreuse, par suite d'une cicatrisation rapide, tende à être méconnue et qu'un chancre syphilitique se greffant sur son emplacement attire toute l'attention. Mais l'apparition et la suppuration d'un bubon inguinal chancrreux, quelquefois mixte lui-même, indiquent qu'il y a eu inoculation des deux virus. *Dans une adénopathie mixte*, on peut également avoir intérêt à faire la part de ce qui revient à l'un ou à l'autre des deux virus et pratiquer l'examen bactériologique du ganglion.

Enfin cette pratique acquiert une *importance fondamentale*, dans certains cas, exceptionnels il est vrai, et sur lesquels a particulièrement insisté Gougerot.

Cet auteur nous rapporte en effet les observations de plusieurs malades ayant présenté les uns des *bubons suppurés syphilitiques sans chancre induré porte d'entrée*, les autres des *bubons chancrreux-syphilitiques sans chancre mixte porte d'entrée*.

Chez les premiers l'examen ne peut déceler de Ducrey ni sur frottis du pus, ni après centrifugation de la sérosité obtenue après lavage de la poche, ni en culture, et l'auto-inoculation resta négative. En revanche le tréponème fut découvert dans la sérosité de grattage du ganglion et le Wassermann

se montra positif trois semaines environ après le début de l'adénite, six semaines après la contamination.

Chez les seconds on découvrit du Ducrey dans le pus chancrelleux et on chercha en vain le chancre mou porte d'entrée ou sa cicatrice. Mais l'examen complet de tels malades révéla ordinairement une syphilis secondaire non précédée de chancre induré. Le Wassermann que l'on fit faire aussitôt fut positif total.

Etant donné leur extrême rareté, ces syphilis sont généralement méconnues, rien n'attire l'attention sur elles; les accidents secondaires, lorsqu'ils existent, risquent également de passer inaperçus, ou, si le malade et le médecin les voient, l'absence du chancre leur fait douter qu'il s'agisse de syphilis et même si le diagnostic de syphilis est fait, il est souvent trop tardif pour permettre un traitement dans les premiers jours du chancre.

Il importe donc, devant toute adénite, même sans chancre, de rechercher systématiquement la syphilis ou la chancrello-syphilis par tous les moyens, non seulement par un examen clinique minutieux, permettant de déceler des taches discrètes de roséole, des plaques muqueuses à peine visibles, mais par les méthodes de laboratoire : séro-réaction et surtout recherche du tréponème dans les sucs de ponction des ganglions ou dans la sérosité qui suinte de l'ulcération ganglionnaire détergée de son pus.

Prélèvement du pus ganglionnaire. — La méthode la plus simple, mais la plus fructueuse consiste à rechercher les parasites dans le pus qui s'écoule de l'aiguille de ponction ou de l'ulcération. On fait ensuite un frottis sur lame, on sèche, on fixe et on colore : cette seconde partie de l'opération nous est déjà familière. Mais il n'y a que le bacille de Ducrey qu'il soit possible de rechercher ainsi et encore faut-il prolonger longtemps ses investigations avant de pouvoir en découvrir un seul. Nous savons en effet que, la plupart du temps, le pus est bactériolytique des bacilles et que les préparations ainsi obtenues non seulement n'en présentent qu'un nombre fort restreint, mais qu'il faut encore les différencier d'une quantité d'autres microbes dus aux infections secondaires.

C'est seulement en grattant la paroi de l'abcès ganglionnaire ou encore après centrifugation de la sérosité obtenue après lavage de la poche que l'on peut isoler et colorer l'agent spécifique de la lésion.

La recherche du bacille de Ducrey dans les ganglions lymphatiques est de pratique plus courante que celle du tréponème. La présence de ce dernier, lors de la période secondaire, y fut signalée dès 1905 par Schaudinn et Hoffmann. *Des travaux récents ont permis de l'identifier dans les organes lymphatiques dès la période primaire.* Pour Tilling, on l'y trouverait 26 fois sur 27 cas ; pour Fuhwald, 20 fois sur 24 cas. En fait, ils y sont assez rares et les recherches ne sont pas toujours positives quelle que soit la période à laquelle on les pratique.

La ponction d'un tel ganglion, dur le plus souvent, le grattage de ses parois sont choses peu faciles. Il est recommandé de l'injecter au préalable avec 1 centimètre cube de sérum, puis de le malaxer avant de ponctionner.

En somme la recherche des parasites dans les ganglions lymphatiques et d'une pratique délicate et souvent ingrate : elle entre, il est vrai, dans la catégorie des examens d'exception, surtout en ce qui concerne le tréponème.

V. — Séro-diagnostic de la syphilis

Thibierge et Legrain considèrent que la réaction de Bordet-Wassermann doit être la base du diagnostic.

Pour eux, on ne doit pas accorder à la recherche bactériologique l'importance que beaucoup d'auteurs lui attribuent. Ils considèrent en effet que la recherche du Ducrey dans le pus d'un chancre simple est loin d'être facile et que, quelles que soient les méthodes employées, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, elle échoue souvent. De plus l'obligation de laisser un chancre vierge de tout traitement pendant un temps plus ou moins long afin de rendre possible l'examen bactériologique et la possibilité qui en découle de le voir se com-

pliquer de phagédénisme leur font accorder le plus grand crédit à la séro-réaction.

En effet celle-ci ne devient positive que quinze à vingt jours après le début du chancre infectant ; d'autre part ce dernier est associé dans le chancre mixte à un chancre simple qui apparaît dans les deux ou trois premiers jours suivant la contamination. Il faut donc entre le début d'un chancre destiné à devenir un chancre mixte et l'apparition d'une réaction de Bordet-Wassermann positive qu'il se soit écoulé un temps représentant d'abord la période d'incubation du chancre infectant soit dix-huit à vingt-deux jours, puis la période normale de réaction négative quinze à vingt-trois jours soit au total trente-deux à quarante-cinq jours. *En pratique il y a donc de grandes chances pour que le chancre soit un chancre simple si la séro-réaction n'est pas devenue positive au quarante-cinquième jour.*

Mais avant de l'affirmer, il faut *tenir compte de la plus longue durée probable d'incubation du chancre syphilitique, soit trente à quarante jours et de la plus longue durée possible d'apparition de la réaction positive, soit vingt-cinq jours, au total cinquante-cinq à soixante-cinq jours.* C'est donc pendant toute cette période que devront se poursuivre les examens sérologiques.

En se basant sur ce principe, Thibierge et Legrain se sont tracés le programme suivant :

Une *première séro-réaction* est pratiquée chez le malade dans les quatre premiers jours après son entrée à l'hôpital.

Ou elle est positive, ou elle est négative.

a) Elle ne peut donner un renseignement *positif* que si le chancre est déjà âgé d'une vingtaine de jours ou s'il s'agit d'un ancien syphilitique. Dans ce dernier cas, la grosse erreur consisterait à qualifier de chancre mixte tout chancre simple qui s'accompagne d'un Wassermann positif. Pour la plupart des syphiligraphes cette distinction est superflue : la syphilis étant démontrée en activité il faut la soigner. Thibierge et Legrain estiment qu'il ne faut pas professer une semblable indifférence à l'égard de l'âge de la syphilis. Ils pensent, en disant cela, d'abord aux cas où se pose une question médico-

légale et où cette ancienneté de l'infection, ou sa date récente aurait une grande importance.

Ils pensent aussi qu'il n'est pas inutile pour la conduite du traitement, pour les précautions à prendre pour l'entourage, pour le pronostic ultérieur, de préciser si une syphilis remonte à quelques jours ou à plusieurs années.

b) La réaction est-elle *négative* ? Il faut en conclure que le malade n'était pas syphilitique avant son accident et non pas affirmer d'emblée l'existence d'un chancre simple.

Mais dans ce dernier cas, il est *indispensable de pratiquer une prise de sang tous les huit ou quinze jours pendant les six premières semaines*. La réaction se montre-t-elle positive quinze à trente jours après le début de la chancrelle, il faut conclure à l'existence d'un chancre mixte. Apparaît-elle positive avant ce délai ? il est difficile d'affirmer que l'infection syphilitique n'est pas antérieure à l'infection chancrelleuse. Mais si ce résultat n'est obtenu qu'au bout de cinquante-cinq à soixante-cinq jours, on peut encore admettre que les deux infections ont eu lieu simultanément.

Nous disons que les sero-réactions doivent être faites tous les quinze jours ou mieux tous les huit jours. Qu'arriverait-il en effet si, comme le conseille Bazin dans sa thèse, on se contentait de trois examens : le premier fait dès que le malade se présente au médecin ; le deuxième, quinze jours après ; le troisième, trois mois après la deuxième réaction.

En général, si le malade s'est présenté dès l'éclosion de son chancre mixte, la deuxième réaction se montrera négative comme la première, à moins que l'infection syphilitique soit antérieure à l'infection chancrelleuse. Quant à la troisième réaction, elle risque fort d'être aussi peu probante que la deuxième, le diagnostic ayant été déjà suffisamment éclairé par l'explosion secondaire.

Ce n'est donc qu'en suivant la première technique que le diagnostic peut être porté avant l'apparition des accidents secondaires. Mais il n'en reste pas moins, et Thibierge et Legrain ne le nient pas, que la réaction de Bordet-Wassermann seule ne permet que rarement le diagnostic du chancre mixte avant l'apparition des lésions secondaires. Il nous

semble donc indispensable de procéder, malgré les objections faites, à l'examen microscopique des sécrétions du chancre en se mettant naturellement, autant que possible dans les meilleures conditions pour que cet examen soit efficace.

En résumé, le moindre doute sur le caractère mixte d'une ulcération doit nous conduire à pratiquer à la fois l'examen microscopique et la séro-réaction. Les résultats obtenus nous feront adopter les conclusions suivantes :

1° Trouve-t-on des tréponèmes dans le chancre et un Wassermann positif : le chancre est syphilitique depuis plus de vingt jours. Le traitement spécifique s'efforcera, non seulement de guérir le chancre, mais aussi de négativer la réaction.

2° Il y a des spirochètes dans le chancre, mais le Wassermann est négatif : le chancre est syphilitique depuis moins de vingt jours. Le traitement s'efforcera d'empêcher la réaction de devenir positive :

3° Enfin, absence de spirochètes, mais Wassermann positif : il ne s'agit pas d'un chancre mixte, le sujet ayant une syphilis plus ou moins ancienne.

INSTITUTION DU TRAITEMENT

I. — Arguments en faveur de l'institution du traitement préventif antisypilitique

Il y a quelques mois, au lendemain de la guerre, le chancre mixte fut, à juste titre, considéré comme une des choses les plus fréquentes et on le croit même encore si fréquent que quelques auteurs ont érigé en loi le traitement antisypilitique de tout sujet porteur d'un chancre mou, persuadés que la syphilis se cache à peu près inévitablement sous l'ulcération chancrelleuse.

Dès l'apparition d'une chancrelle, avant même qu'elle ne paraisse cliniquement suspecte, il faut donc appliquer le traitement préventif, celui-ci devant être d'autant plus efficace qu'il sera plus précoce. On devra naturellement prolonger ce traitement pendant un assez long temps, deux ans au moins, si l'on veut être assuré d'une stérilisation complète. Vous avez ainsi la certitude d'enrayer l'éclosion d'une syphilis à peu près certaine. Pourquoi risquer par la temporisation qu'entraînent la pratique des examens quotidiens, et leurs résultats souvent négatifs, de voir l'infection se généraliser, arriver à un degré tel qu'elle est très difficile à juguler. Et en admettant que le chancre qui vous intéresse soit tout simplement mou, ce qui peut arriver encore quelquefois, la même méthode ne le prive-t-elle pas de pansements antiseptiques au risque de le voir se compliquer de bubon suppuré, de phagédénisme, de gangrène même, toutes complications qui apporteront au malade plus de trouble qu'un traitement préventif bien conduit. Sans compter que vos innombrables examens de laboratoire finissent par grever singulièrement un budget : des recherches de Ducrey et de

tréponème quotidiennes, des séro-réactions hebdomadaires, tout cela au bout de six semaines à deux mois, chez un malade payant, finit par atteindre une belle somme, et chez un ouvrier qui doit se présenter tous les jours ou tous les deux jours au laboratoire de l'hôpital, cela entraîne un bon nombre de demi-journées non payées et peut-être la perte d'une place avantageuse.

La méthode est donc peu pratique, elle est également peu sûre.

Personne n'est censé ignorer combien de difficultés comporte la recherche du tréponème aussi bien dans le suc chancereux que dans le pus ou les parois ganglionnaires et les partisans les plus convaincus des examens sérologiques hebdomadaires ne cachent pas que, bien souvent, les accidents secondaires font leur apparition avant que la séro-réaction n'ait éclairé le diagnostic.

Et enfin, pourquoi s'élever avec force contre ce seul traitement préventif, alors qu'il en est d'autres que l'on a coutume de faire journellement et qui ne sont pas plus exempts de danger que celui qui nous intéresse.

On injecte préventivement à un enfant présentant de fausses-membranes douteuses du sérum antidiphthérique. On n'a pas hésité à faire du sérum antitétanique à tous les blessés de guerre et on n'a pas craint pour eux les accidents d'anaphylaxie possibles et quelquefois très graves dans le cas où une deuxième injection aurait été nécessaire quelques semaines plus tard.

II. — Discussion de ces arguments

Tous ces arguments sont d'une logique indiscutable et donnent à réfléchir non seulement aux gens continuellement tourmentés de syphiliphobie, mais encore à ceux qui sont instruits des graves accidents auxquels entraîne une syphilis non traitée et qui redoutent de voir une maladie locale et le plus souvent bénigne comme le chancre mou se trans-

former inopinément en une maladie généralisée et très difficile à maîtriser comme la syphilis.

Cependant à la réunion de la Société de dermatologie et de syphiligraphie (Bordeaux, mai 1921) la quasi-unanimité des syphiligraphes se sont montrés nettement opposés au traitement préventif et les arguments par lesquels ils ont justifiés leur manière de voir ne nous permettent plus, à l'heure actuelle, de rester éclectique en cette question.

S'il est vrai que, pendant la guerre surtout, le chancre mixte a singulièrement augmenté de fréquence, nous n'avons pas de statistique nous permettant de la déterminer d'une façon précise; en tous cas elle ne représente certainement pas 100 0/0 des chancres.

Prenons par exemple la statistique double dressée par Payenneville, chef de service de dermato-vénérologie de l'Hôpital civil de Rouen. Dans ce service, du 1^{er} avril au 31 décembre 1919, cet auteur a examiné 235 chancres. Sur ce total, il note 61 chancres syphilitiques, 125 chancres simples et 49 chancres mixtes. D'autre part, de juillet à décembre de la même année, au centre militaire de dermato-vénérologie de la III^e région, le même clinicien a examiné 155 chancres dont 59 étaient des chancres syphilitiques, 64 des chancres mous et 32 des chancres mixtes. En somme, les chancres mixtes forment, dans cette double statistique, un quart du total des chancres constatés et un tiers des chancres mous. La proportion est déjà sérieuse, mais nous sommes loin, on le voit, de la quasi universalité dénoncée par les syphiligraphes dont nous avons parlé. Il semble en outre que la fréquence du chancre mixte aille en déclinant et soit beaucoup moins forte qu'elle ne l'était il y a trois ans.

On peut donc dire que *dans plus de la moitié des cas on s'expose à infliger au malade une thérapeutique non seulement inutile, mais très sérieuse, très longue et très onéreuse.*

Cette thérapeutique est *très sérieuse* car l'on comprendrait difficilement un traitement d'attaque bien conduit sans novarsénobenzol dont l'emploi n'est pas sans présenter quelque danger.

Personne n'ignore en effet les accidents impressionnants

et assez fréquents survenant immédiatement ou deux ou trois jours après l'injection de doses même très faibles de ce produit et décrits sous le nom de crise intritoïde, de crise synco-pale, d'ictère toxiques, etc... accidents pouvant se terminer par la mort. Ce sont des complications qui nous paraissent autrement redoutables que celles du chancre mou.

Le phagédénisme, le bubon, la gangrène ne sont pas iné-vitablement écartés par les pansements antiseptiques et d'autre part le médecin qui voit chaque jour son malade peut s'opposer à ces accidents dès le début de leur apparition.

Pour être efficace, cette thérapeutique doit encore être *très prolongée*. Dès l'instant où l'on entre dans cette voie, il ne faut pas s'arrêter à mi-chemin et Chevalier cite le cas d'un malade, porteur de chancre mou typique, traité par huit injections de novarsénobenzol et dont la santé fut parfaite pendant quatre mois ; mais à ce moment il se trouva couvert de macules secondaires et de plaques muqueuses.

De ce qu'elle est très prolongée, cette thérapeutique devient également *très onéreuse*, plus onéreuse même que les examens de laboratoire précédemment mis en cause et pendant de longs mois elle sera un objet d'obsession pour le malade qui ne sera jamais persuadé de son utilité.

Il faut aussi songer aux *embarras d'ordre déontologique que peut créer au médecin l'emploi, en apparence injustifiée, de cette méthode*.

Survient-il un accident à la suite d'une injection de novarsénobenzol ? Quelle justification pourra-t-il donner de sa conduite ? Comment faire admettre devant des tribunaux qu'un sujet, si vaguement suspect de syphilis, soit justiciable d'un traitement antisypilitique susceptible, par cela même qu'il est efficace, de provoquer des accidents.

Si l'on juge des difficultés que certains praticiens, après s'être cependant entourés de toutes les précautions requises, examens cliniques, bactériologiques, sérologiques, etc... ont eu à surmonter pour dégager leur responsabilité à la suite de tels accidents, on se figure dans quelle situation critique se trouvera le partisan du traitement préventif qui aura enregistré une crise intritoïde mortelle.

Qu'on s'imagine d'autre part l'état d'esprit du malade auquel on a infligé l'estampille de l'existence possible d'une syphilis décapitée.

A-t-il ou n'a-t-il pas eu la syphilis ?

Pour calmer son obsédante syphiliphobie, on lui dira que peu importe, puisque s'il a été atteint, il est maintenant guéri. Il reste au médecin à lui en donner la certitude, à l'autoriser à se marier, à fonder un foyer et une famille.

Autre membarras d'ordre déontologique.

Peut-on après ce ou ces traitements préventifs forcément écourtés, si vraiment le malade est un syphilitique, être en son âme et conscience à l'abri de sa propre critique ? Est-on sûr que ces traitements seront suffisants pour écarter définitivement le spectre d'accidents à longue échéance ?

Ne savons-nous pas en effet, et notre maître le Dr Hudelo a toujours insisté sur ce point, qu'il n'est pas de traitement plus mauvais, plus dangereux que le traitement arsénical irrégulier, écourté, à doses insuffisantes. S'il met pour un temps le malade en état de guérison apparente, il n'en facilite pas moins la pullulation des tréponèmes et de ce fait l'explosion, quelquefois dans un délai de peu de mois, d'accidents infiniment plus graves que les premiers. « Mieux vaudrait presque une abstention complète du traitement », écrit le même auteur.

Devant ces considérations, on ne peut que revenir sur ses premières affirmations et demander au malade de prolonger son traitement. On le met ainsi dans le cadre des syphilitiques dûment reconnus et régulièrement traités.

Quelle déconvenue pour ce malheureux et combien de non-syphilitiques serons-nous ainsi conduits à mettre dans l'obligation de subir un traitement long, onéreux et par-dessus le marché inutile.

Il serait dans tous les cas plus sage si on a déjà institué un traitement préventif anti-syphilitique chez un porteur de chancres de tenter, avant la prolongation de ce traitement, une réactivation.

D'après que nous venons de dire, il apparaît que le traitement préventif anti-syphilitique doit être envisagé d'une

façon toute spéciale et qu'il ne peut être comparé, quant à ses conséquences, aux traitements préventifs antidiphthérique, antitétanique, etc...

Autre chose est de traiter une infection problématique, autre chose est d'immuniser contre une maladie terriblement contagieuse telle que la diphtérie. On injectera avec du sérum antidiphthérique des enfants et même des adultes vivant dans un milieu contaminé : Faisons-nous du traitement préventif antisyphilitique à un individu que ses fonctions obligent à coudoyer des syphilitiques ? En milieu sain, injecterons-nous avec le même sérum un malade présentant une simple angine pultacée ? Pas plus sans doute que nous ne traiterons préventivement contre la syphilis un blennorragien. Mais devant des amygdales couvertes de fausses-membranes typiques, un cou proconsulaire, une fièvre élevée, etc... nous n'hésiterons pas à faire du sérum sans attendre les résultats du laboratoire de même que nous ne tarderons pas à commencer un traitement d'attaque chez un individu dont le chancre mou évolue vers l'induration et donne la pléiade ganglionnaire caractéristique, et cela avant la découverte du tréponème et la positivité de la séro-réaction.

III. Nous pensons de cette façon que la syphilis ne perd rien au point de vue de l'action thérapeutique puisqu'elle est prise avant sa généralisation.

A notre avis, il existe un seul cas où un individu jusque-là indemne de syphilis et porteur d'un chancre mou typique, soit justiciable d'un traitement préventif immédiat : c'est lorsqu'il présente au médecin la partenaire avec laquelle il a cohabité, affligée de plaques muqueuses, de roséole ou encore d'un Wassermann positif.

Autrement, si le laboratoire ou la clinique ne nous donnent aucun éclaircissement, nous sommes partisans d'attendre l'apparition des accidents secondaires avant de faire un traitement antisyphilitique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

(Recueillie par nous dans le service de M. le Dr Hudelo)

Elle concerne un étudiant, M. B..., âgé de 23 ans.

Quatre jours après les derniers rapports, le 15 mai, l'attention du malade est attirée par une petite érosion légèrement douloureuse, à peine grosse comme une lentille et siégeant sur le fourreau de la verge. Devant la persistance de ces signes, M. B... se décide à venir consulter à Saint-Louis : il présente à ce moment, une dizaine de jours après le début des accidents, un chancre mou typique de la grosseur d'une lentille, à bords décollés, à fond sanieux et suppurant légèrement. Il n'y a pas de ganglions satellites.

La recherche du tréponème est négative. Celle de Ducrey n'est pas pratiquée.

De simples lavages à l'eau et au savon sont alors prescrits et pros crits les antiseptiques irritants.

Pendant les dix premiers jours d'observation, l'ulcération augmente et acquiert la dimension d'une grosse lentille.

Toujours pas de tréponèmes dans le suc chancereux. Un Wassermann pratiqué à ce moment est négatif (4 juin).

Les dix jours suivants, la chancrèlle est traitée à la poudre de Vincent et subit de ce fait une régression notable. Le 13 juin, à une distance de un mois de l'accident initial, la cicatrisation est à peu près complète et il ne persiste plus qu'un point ulcéré de la grosseur d'une tête d'épingle.

Mais à côté de ce point se montre une minuscule érosion, plane, de même niveau que la peau et indolore. La palpation montre que les deux ulcérations reposent maintenant sur une base indurée, qu'elles sont entourées par un même bourrelet dur, œdématié et que le pli inguinal gauche présente un ganglion caractéristique.

La seconde ulcération s'étale très vite et en cinq jours, quadruple

d'étendue alors que la chancrelle primitive est complètement cicatrisée.

Le traitement antisyphilitique est institué dès l'apparition de la deuxième ulcération. La recherche du tréponème à son niveau se montre positive deux jours après. Le Wassermann pratiqué à nouveau resta naturellement négatif.

OBSERVATION II (personnelle)

(Communiquée par M. le Dr Montlaur)

Chancre redux à la suite d'un chancre mixte

Le malade, âgé de 26 ans, a été inoculé le 10 juillet. Le chancre est reconnu le 27 juillet : induration peu marquée, légère adénite.

Le 29 juillet, la recherche du bacille de Ducrey est positive. Celle du tréponème est négative.

Le 1^{er} août est pratiqué un nouveau Fontana-Tribondeau, qui, lui, est positif.

Immédiatement est institué un traitement intensif mercuriel et arsenical. Ce traitement d'attaque consiste en injections intraveineuses : tous les cinq jours de doses progressives (12, 24, 36, 42, 48, 60) de sulfarsenobenzol, chaque jour intermédiaire de 1 centigramme de cyanure de mercure. L'épidermisation du chancre s'effectue au bout de cinq jours de traitement.

Le 30 août, trente-quatre jours après la reconnaissance du chancre primitif, une nouvelle ulcération apparaît exactement au même endroit, dans le sillon balano-préputial. Elle est suivie, à un jour d'intervalle, de deux petites ulcérations voisines, douloureuses et non indurées.

Dès le 12 septembre l'emploi local biquotidien (matin et soir) de la poudre de Vincent amène une cicatrisation rapide. L'épidermisation complète des ulcérations a lieu vers le 18 septembre.

Une légère induration persiste au niveau du chancre primitif.

OBSERVATION III (personnelle)

(Communiquée par M. le Dr Montlaur)

Elle concerne un ingénieur, M. T..., âgé de 26 ans.

Le coït suspect date du 31 décembre ; l'ulcération apparaît le 4 janvier ; le premier examen médical qui a lieu le 12 du même

mois montre au niveau du sillon balano-préputial dans la région du frein l'existence de trois éléments ayant tous les caractères de la chancrelle.

La recherche du bacille de Ducrey est positive ; celle du tréponème négative. Le traitement local par la poudre de Vincent est prescrit.

Le malade est examiné à nouveau le 20 janvier. La cicatrisation paraît se faire lentement ; cependant l'élément de la région du frein s'est étendu et présente les caractères d'une chancrelle papuleuse.

La recherche du tréponème est négative. Un prélèvement fait deux jours après reste encore négatif.

Toute médication locale est alors suspendue et on prescrit purement et simplement des pansements à l'eau bouillie tiède.

Les recherches de tréponèmes se poursuivent de deux jours en deux jours et se montrent toujours négatives.

Mais le 2 février apparaît une pléiade inguinale gauche caractéristique et la lésion qui s'est encore étendue est légèrement indurée sur les bords. A ce moment la recherche du tréponème est positive.

Le malade est mis au traitement le jour même.

CONCLUSIONS

1° Le chancre mixte, dû à l'inoculation successive ou simultanée des deux virus, chancrelleux et syphilitique, présente d'abord les caractères cliniques du chancre mou, puis ceux du chancre syphilitique.

2° Cette évolution est assez souvent bouleversée par les formes cliniques si différentes que peut présenter le chancre mixte et il arrive en particulier que sous le chancre mou le plus typique se cache la syphilis.

3° Pour poser le diagnostic de chancre mixte, il sera nécessaire de recourir aux examens de laboratoire suivants :

- a) Recherche du *Tréponéma pallidum* ;
- b) Recherche du Bacille de Ducrey ;
- c) Réaction de Bordet-Wassermann ;

4° Les deux premiers examens nécessitent une technique précise une grande minutie et beaucoup de patience. Nombreux en effet peuvent être les résultats négatifs avant que l'on ne découvre les parasites qui permettront à *coups sûr* de porter un diagnostic précis et d'instituer de ce fait une *thérapeutique précoce*.

5° La réaction de Bordet-Wassermann n'a qu'une valeur relative puisqu'elle ne peut permettre d'éviter la période secondaire ou pré-secondaire, but que doit s'efforcer d'atteindre tout médecin chez un porteur de chancre.

6° Nous donnons personnellement notre préférence à la recherche du tréponème qui, bien conduite, répétée quotidiennement doit apporter un renseignement précis.

7° Nous pensons que le traitement antisypilitique systématiquement appliqué à tout porteur de chancres mous peut présenter des inconvénients tant au point de vue médical que social.

Vu : le Président de la thèse
JEANSELME

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Audry. — Précis élémentaire des maladies vénériennes sur l'importance du chancre mixte (B. S. F. D. S., décembre 1896).
- Augagneur et Carle. — Précis des maladies vénériennes.
- Balzer. — Maladies vénériennes (Collection Gilbert-Carnot).
- Balzer et Galup. — Chancre mixte et blennorragie de la région anorectal (B. S. F. D. S., 1907).
- Bassereau. — Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis, 1852.
- Bazin. — Contribution à l'étude des chancres mixtes. Thèse, 1921.
- Belgodère. — Examen bactériologique des chancres. Exposé et discussion de quelques résultats (Ann. des maladies vénériennes, 1916, p. 624).
- Bodin. — Une faute de pratique à éviter en syphiligraphie (Paris médical, oct. 1919).
- Brocq (L.). — Traité élémentaire de dermatologie pratique (1907). Article chancre mixte.
- Bezançon, Griffau, Le Sourd. — Recherche sur les cultures du bacille de Ducrey (An. de Dermatologie, 1901).
- Carvalho. — De l'emploi du novarsénobenzol dans le traitement du chancre simple (Societate de Brasileira de Dermatologie, 30 oct. 1914; An. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1916).
- Chevallier (Paul). — Le chancre mou et son traitement (L'Hôpital, septembre 1921, n° 54).
- Cornil. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1879.
- Darier. — Précis de dermatologie.
- Diday. — De la réinfection syphilitique, 1852.
- Ducrey. — Recherches expérimentales sur la nature intime du principe contagieux du chancre mou (Congrès international de Dermatologie de Paris, 1889).
- Ferrand. — Forme papuleuse et nodulaire du chancre simple de la région balano-préputiale (Presse médicale, 1918, p. 375).
- Fournier. — Traité de la syphilis Article chancre mixte du nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.
- Frühwald. — Sur la fonction des ganglions pour le diagnostic précoce de la syphilis initiale (Wiener. Klin. Woch., 1902, n° 46).
- Gaucher. — Précis de syphiligraphie (Bull. Académie de Médecine, mars 1916).

- Gaucher et Bizard. — Statistique de syphilis chez les militaires traités à la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis (Ann. maladies vénériennes, mars 1916).
- Gougerot. — 1° Traitement de la Syphilis en clientèle ; 2° Chancrellosyphilis sans chancre mixte porte d'entrée. Syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique (Bull. Soc. médicale des Hôpitaux, nov. 1921 ; 3° Le Chancre mou (Paris médical, avril 1912).
- Hardy. — Traité des maladies de la peau.
- Hudelo. — La diversité actuelle des traitements de la syphilis (Paris médical, mai 1917).
- Jeanselme. — Conduite générale du traitement de la syphilis (L'Hôpital, mars 1921).
- Kaposi. — Pathologie und therapie der Syphilis, 1891.
- Kolle et Hetsch. — Bactériologie expérimentale.
- Le Petit. — Historique du chancre mou. Thèse, 1913.
- Leredde. — La syphilis Domaine, diagnostic, traitement, prophylaxie.
- Mauriac. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.
- Mavielles. — Thechnica de Fontana-Tribondeau para diagnostico dos cancos duros et molles (Tribuna médica de Rio de Janeiro, 1919, XXV, p. 67).
- Milian. — Traité de la syphilis.
- Morini Lorenzo. — Auto-inoculation extra-génitale du chancre mou (Giorn.ital. della mal. vener. de la pelle, 1919).
- Paramonoff. — Chancre mixte (Thèse Paris, 1911-1912).
- Pawlow. — 1° Un cas de guérison d'un chancre simple par l'emploi du Salvarsan (Dermatologische Zeitschrift, mars 1920) ; 2° Influence de la circoncision sur les maladies vénériennes à début par une ulcération (chancre mou et chancre induré) (Russki-Viatch, 1911).
- Payenneville. — A propos de la grande fréquence des chancres mixtes et de l'importance de leur diagnostic bactériologique précoce (Bull. médical, avril 1920).
- Queyrat et Pinard (M.). — Comment traiter les syphilitiques pour les guérir ? (B.S.F.D.S., juin 1920).
- Rabut. — Le chancre mou (Revue générale. Gaz. Hôp., décembre 1919).
- Ricord. — Traité des inoculations appliquées à l'étude des maladies vénériennes. Paris, 1838.
- Rollet. — Traité sur les maladies vénériennes, 1865.
- Sabouraud. — Urgence du diagnostic précoce du chancre induré (Presse médicale, avril 1920).
- Sanford. — Frequency of mixed type of venereal ulcer (Journal of Oklahoma-State medical association, mars 1912).
- Sergent, Ribadeau-Dumas. — Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. La Syphilis.
- Sezary. — Microbiologie de la Syphilis.
- Thibierge. — Article chancre mou in Traité de médecine Bouchard et Brissaud.

- Thibierge et Legrain. — Contribution au diagnostic du chancre mixte (Presse médicale, juillet 1921).
- Thibierge, Ravaut, Le Sourd. — Inoculation expérimentale de la syphilis (Bull. Soc. médicale des Hôpitaux, juin 1905).
- Tilling. — Sur la fonction des ganglions pour le diagnostic précoce de la syphilis initiale. Dermatologie. (Woch —, nov. 1920).
- Tribondeau. — Technique pratique d'examen bactériologique d'un chancre (Paris médical, juin 1918).
- Unna. — Der streptobazillus des weichen Schankers (Monatschrift für prakt. Derma., t. XIV, 1892).

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5432-22
